



**Bestätigung
eines Praktikumsplatzes nach der PTA-Ausbildungs-und
Prüfungsverordnung (PTA-APrV)
für Schülerinnen und Schüler der Berufsfachschule Pharmazie
der Theodor-Litt-Schule**

Wir bestätigen, dass

(Name der Schülerin / des Schülers)

bei

(Name der Apotheke)

Straße

PLZ, Ort

☐ ein Praktikum von _____ Stunden nach § 1 Absatz (1) Satz 2.
der PTA- APrV (Apothekenpraktikum **während** der schulischen Ausbildung)

☐ eine praktische Ausbildung von sechs Monaten nach § 1 Absatz (1) Satz 4.
der PTA- APrV (Apothekenpraktikum **nach** der schulischen Ausbildung)

in der Zeit vom

_____ bis _____ absolvieren wird.

Voraussichtliche Ansprechperson wird:

_____ sein.
(Name, Email oder Telefon)

_____, den _____
(Ort, Datum)

(Unterschrift, Stempel)
